



## L'ACCÈS AUX SOINS EN PRISON

# Logique sécuritaire contre logique médicale

Plus de 500 personnes séropositives seraient enfermées dans les prisons françaises. Et si la loi est censée les soigner, l'accès aux soins reste théorique. Difficulté pour voir un médecin, visites à l'hôpital entravé et escorté, secret médical bafoué : le quotidien est un cauchemar. On est un détenu avant d'être un malade... et avant d'être un homme ?

**A**ssurer aux détenus une qualité et une continuité de soins équivalents à ceux offerts à l'ensemble de la population », c'est ce que stipule la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale. Cette loi est incontestablement une avancée. Elle a permis d'installer des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) dans les prisons sous la responsabilité de l'hôpital public de proximité. Chaque détenu est depuis couvert par l'assurance-maladie et doit être soigné comme à l'extérieur. Mais la réalité est encore très loin de la théorie. La surpopulation carcérale actuelle – la France comptait, au 1<sup>er</sup> juillet 2004, 64 813 détenus pour 49 595 places (1) – remet en cause les acquisitions de la loi et la logique sécuritaire passe toujours avant les questions médicales.

Personne ne connaît l'état de santé des prisonniers en France. La dernière grande enquête sur la santé des entrants est parue en 1999 sur des données de 1997 (2). Une enquête épidémiologique VIH/VHC doit paraître chaque année, la dernière date de 2003 (3). Elle livre un chiffre brut : 512 personnes séropo-

sitives seraient en prison le jour de l'enquête, en juin 2003. Qui sont-ils ? Quels traitements prennent-ils ? Quelles sont les 139 prisons qui ont donné leurs chiffres sur les 188 existantes ? Autant de questions sans réponses. Serge Lastennet, de la commission « prison » d'Act up, rappelle que les chiffres de l'étude européenne menée par l'Observatoire régional de santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur, en 1998, étaient quatre fois supérieurs à ceux du gouvernement.

La réalité est d'autant plus floue que, dans la plupart des prisons, un test de dépistage est proposé à l'entrée mais aucun n'est effectué en cours de détention. Les centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), théoriquement rattachés à chaque prison, sont rares ; certains ont même disparu (4). Les UCSA sont tenues de proposer un test de dépistage à tout nouvel arrivant mais les associations dénoncent l'instant choisi : le choc de l'incarcération est tel que la santé est la dernière préoccupation des entrants. Les refus restent élevés même si la majorité accepte le test. A la prison de Villepinte (Seine-Saint-Denis), 30 % des entrants ne sont pas dépistés, parmi eux, des migrants,

(1) Données du ministère de la Justice au 1<sup>er</sup> juillet 2004.

(2) « La santé à l'entrée en prison : un cumul des facteurs de risque », Etudes et résultats n° 4, janvier 1999, direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (Drees).

(3) Enquête « un jour donné » de juin 2003 sur les personnes détenues atteintes par le VIH et le VHC en milieu pénitentiaire, ministère de la Santé.

(4) C'est le cas à la prison de Ducos en Martinique. Selon l'Observatoire international des prisons (OIP), il devait reprendre ses activités au 1<sup>er</sup> janvier 2005.





(5) Ban public :  
www.prison.eu.org

des personnes qui se disent hors de risques, des détenus venant d'autres prisons qui assurent avoir été déjà testés. Ces personnes auront peu de chances d'avoir accès au dépistage plus tard. Débordées par la surpopulation (Villepinte compte par exemple 840 détenus pour 587 places) les UCSA ne font face qu'à l'urgence et proposent très rarement d'autres tests en cours de détention. La peur de la discrimination – extrêmement présente en prison – explique les refus. Certains préfèrent ne pas connaître leur statut sérologique. D'autant plus que le quotidien d'une personne malade en prison est un vrai cauchemar.

*lorsqu'il y a eu une agression la nuit. Les codétenus ont dû faire brûler du papier aux fenêtres pour être vus du mirador qui a prévenu le surveillant. La nuit, il n'y a que quatre surveillants pour plus de 300 détenus », rapporte François Bès, permanent à l'Observatoire international des prisons (cf. interview p. 11). Lorsque le surveillant est prévenu, il ne peut accéder directement aux cellules car il n'a pas les clés. Il doit juger de la situation puis, s'il l'estime nécessaire, faire intervenir son supérieur qui lui a les clés de la cellule et décide d'appeler le 15. « C'est un vrai scandale », s'insurge Ludovic Levasseur, médecin responsable de l'UCSA à la maison d'arrêt de Villepinte. Il ajoute : « Le 15 refuse de se déplacer en dehors des urgences vitales. Lorsque la vie du détenu n'est pas en danger, il envoie une ambulance pour une extraction vers les urgences hospitalières mais dans ce cas il faut que les surveillants accompagnent le détenu. La question de la sécurité à l'intérieur de la prison se pose alors que les effectifs de nuit sont réduits. »*

**Le secret médical est un « secret de polichinelle ».**

**A Villepinte, le personnel de l'UCSA s'est aperçu que les détenus étaient petit à petit regroupés selon leur pathologie, preuve flagrante qu'il n'est pas respecté par l'administration pénitentiaire.**

**Certains médecins eux-mêmes violent ce principe.**

### L'accès au médecin

« Après un léger infarctus, un prisonnier est resté quinze jours sans voir de médecin. Il était contestataire et le surveillant a estimé qu'il s'agissait d'un nouvel acte d'opposition. Résultat : une pathologie bénigne si la personne avait pu accéder aux soins rapidement, a nécessité une opération lourde et des médicaments à vie. Ce n'est pas au surveillant de juger de la situation médicale ! », s'indigne Charlotte Paradis de l'association Ban public (5). Pour éviter l'ingérence du surveillant, dans la plupart des prisons, la demande d'une visite médicale doit être écrite et placée dans une boîte aux lettres à destination de l'UCSA, à charge ensuite aux infirmières de classer les demandes selon l'urgence. Reste que les étrangers et les personnes illettrées – une part importante de la population carcérale – sont exclus de ce système lorsqu'ils n'osent pas demander à leur codétenu ou au surveillant de rédiger la lettre pour eux. De plus, ce système ne répond pas à l'urgence médicale. Dans la journée, en semaine, les détenus peuvent faire appel à l'UCSA, la nuit et le week-end la plupart des établissements n'ont aucun service médical. Lorsqu'il y a un problème, ils ont en principe un signal pour alerter le surveillant : petit drapeau à baisser ou appel par interphone. « A Brest, la prison est équipée de ce dernier système mais il était en panne depuis plus d'un an

### La logique sécuritaire

Le manque de moyens, les problèmes d'effectifs – les budgets sont alloués selon les capacités officielles des prisons – posent de nombreux problèmes notamment lors des extractions vers les hôpitaux. La politique des UCSA devait être l'entrée du maximum de spécialités en prison pour éviter le recours à des hospitalisations. Or, les spécialistes manquent à l'appel. Ludovic Levasseur demande depuis longtemps un appareillage radiographique pour détecter les fractures, sa radio défectueuse lui permet à peine de maintenir le dépistage de la tuberculose. Résultat : des extractions plus nombreuses vers l'hôpital de proximité avec une escorte. Là encore, le manque d'effectifs pose problème et de nombreuses extractions sont annulées faute d'escorte. Ainsi, les retards de soins sont habituels en prison.

Lorsqu'elle a lieu, l'extraction est souvent très mal vécue par le détenu : difficile d'entrer à l'hôpital, entravé et menotté, entouré d'hommes armés. « Nous connaissons un détenu cardiaque qui refuse les visites à l'hôpital car il ne veut plus vivre l'humiliation d'être vu entravé même si cela signifie qu'il n'a plus de suivi médical », rapporte Serge Lastennet. La grève des soins est parfois la seule arme que les détenus utilisent pour faire valoir leurs droits.

Pierre-André Franceschi est séropositif depuis vingt ans. Détenu à la prison de Clairvaux (Aube), il refuse tout traitement dans l'attente d'un transfert plus

proche de sa mère, à Marseille. Déplacé à de multiples reprises, il juge inutile de se soigner tant qu'il ne pourra bénéficier d'un suivi régulier car un transfert est souvent synonyme de rupture de soins... Une exigence difficile à obtenir car avant d'être un malade, le prisonnier reste avant tout un détenu pour l'administration pénitentiaire.

## Un détenu avant d'être un malade

Il se taillait régulièrement les veines pour que l'administration pénitentiaire applique les directives médicales : une douche quotidienne, au lieu des trois hebdomadaires prévues, en raison des sueurs provoquées par les traitements ; un régime hypercalorique, de l'eau minérale pour ses problèmes de reins. Si l'accès au traitement est acquis tout le reste est à construire. Une visite spécialisée est organisée dans certaines prisons mais les détenus la refusent souvent car le jour et l'heure du « docteur Sida » est connue de tous et ceux qui s'y rendent sont immédiatement catalogués. Difficile de garder sa séropositivité secrète en prison : impossible de cacher la prise d'un traitement lorsque vous êtes plusieurs en cellule en raison de la surpopulation, lorsque les médicaments sont délivrés dans des sachets plastiques transparents avec les noms visibles. Le secret médical est un « secret de polichinelle ».

A Villepinte, le personnel de l'UCSA s'est aperçu que les détenus étaient petit à petit regroupés selon leur pathologie, preuve flagrante que le secret médical n'est pas respecté par l'administration pénitentiaire. Certains médecins eux-mêmes violent ce principe : « *A force de travailler en prison, ils finissent par ressembler aux murs et à accepter le principe intolérable du secret partagé avec l'administration pénitentiaire* », remarque Véronique Vasseur, ancien médecin chef à la prison de la Santé (Paris). Travailler en confrontation permanente avec la logique sécuritaire de l'administration pénitentiaire n'est pas simple. Parfois le médecin cède sur certains terrains comme les visites aux quartiers disciplinaires ou aux quartiers d'isolement. « *En principe, le médecin est tenu d'y passer une fois par semaine. Mais pour ouvrir une cellule du quartier disciplinaire, il faut la présence de deux surveillants dont un gradé. Si le gradé n'est pas disponible, la visite médicale n'a pas lieu. Dans les quartiers d'isolement, c'est pire encore, [...] il faut plus de surveillants encore pour ouvrir la cellule* », raconte Milko Paris de Ban public. L'accès aux soins de ces détenus dépend alors du rapport de force entre l'administra-

# 3 questions

à François Bès  
de l'Observatoire international des prisons

## La loi de 1994 a marqué un important progrès pour l'accès aux soins des personnes séropositives en prison. Où en est-on aujourd'hui ?

Depuis 2002, tous les services de santé qui interviennent en prison sont entrés dans le giron de l'hôpital public. Cet aspect fonctionne. L'accès au traitement est globalement satisfaisant à condition d'arriver à voir le médecin. Reste que des pans entiers de la loi sont inappliqués, je pense notamment à tous les programmes d'éducation à la santé et de prévention. A part quelques rares initiatives, tout reste à faire pour que la prévention entre en prison.

## Que prévoyait la loi pour les hospitalisations ?

Il est prévu de créer des structures régionales sécurisées dans le centre hospitalier régional. A l'heure actuelle, seules deux unités UHSI [unité hospitalière sécurisée interrégionale, NDLR] ont ouvert sur les huit prévues. Là aussi, un pan entier du schéma d'hospitalisation prévu par la loi reste à mettre en place.

## Quel est le schéma d'hospitalisation actuel ?

Les détenus peuvent être hospitalisés à l'hôpital pénitentiaire de Fresnes [Val-de-Marne, NDLR] mais beaucoup refusent car c'est parfois très loin de leur lieu de détention, très loin de leurs familles. Par ailleurs, les temps d'attente à Fresnes sont énormes, dès que possible les détenus sont replacés en maison d'arrêt en attendant leur transfert vers leur prison d'origine, ils sont contraints de passer leur convalescence dans des maisons d'arrêt totalement vétustes et surpeuplées. Les hospitalisations plus courtes ou urgentes se font à l'hôpital de proximité, souvent dans des conditions assez lamentables : personnel de garde présent dans les salles de soins et de consultation, détenus attachés à leur lit, menottés pendant le transfert... ■

Propos recueillis par M. L.

Site de l'Observatoire international des prisons : [www.oip.org](http://www.oip.org)

tion pénitentiaire et l'UCSA. Certains médecins responsables de l'unité de soins passent une sorte de pacte de non-agression avec la direction de la prison et ferment les yeux sur les violations aux règles médicales, d'autres considèrent que le malade est avant tout un détenu. Les derniers enfin défendent le droit de tout malade aux soins et se battent pour que le serment d'Hippocrate reste la règle en prison. Une bataille de chaque instant alors que la prison, comme la société, est de plus en plus encline à une idéologie sécuritaire toute puissante. ■

Marianne Langlet



# La vie suspendue à une peine



Photo : Stockphoto.

La loi sur la suspension de peine pour raisons médicales, votée en mars 2002, permet d'interrompre la peine d'un condamné dont le pronostic vital est engagé ou dont l'état de santé est « durablement incompatible avec le maintien en détention ». Cette loi s'est appliquée jusqu'ici d'une manière très restrictive. Sa mise en œuvre repose sur la sensibilisation et la bonne volonté des acteurs de la procédure. Mais combien sont-ils à considérer l'homme malade dans le prisonnier ?

Il s'appelle Oumar. Il est paraplégique. Toutes les réductions de peine dont il aurait dû bénéficier pour sortir de prison ont été supprimées afin de ne pas avoir à le laisser seul, en fauteuil, dans la rue. Hors de l'univers carcéral, personne ne l'attend. Un an après l'annonce de sa suspension de peine, il a fini par être accueilli par un hôpital – lui qui n'a pas besoin d'hospitalisation – et quelques mois plus tard, par une association.

Appelons-le Vincent. Il était malade du sida, coïncé. Sa demande de suspension de peine n'a pas été acceptée en 2003. Il a fini par obtenir une libération conditionnelle pour raisons médicales en 2004 et est mort six semaines après sa sortie de prison.

La loi Kouchner sur la suspension de peine (loi du 4 mars 2002) a trois ans. Ce dispositif qui affirme qu'une personne très malade doit pouvoir mourir dignement, hors de la prison, ou être soignée sans que s'ajoute au poids de la maladie la douleur de la vie carcérale, est loin, à ce jour, de bénéficier à tous ceux qui devraient y avoir droit et rencontre d'importants freins dans sa mise en œuvre. La loi s'exprime dans ces termes : « La suspension peut être ordonnée, quelle que soit la nature de la peine ou la durée de la peine restant à subir, et pour une durée qui n'a pas à être déterminée, pour les condamnés dont il est établi qu'ils sont atteints d'une pathologie engageant le pronostic vital ou que leur état de santé

est durablement incompatible avec le maintien en détention, hors les cas d'hospitalisation des personnes détenues en établissement de santé pour troubles mentaux » (art. 720-1-1). Pour la première fois, dans cette loi, le critère de la santé supplante toutes les autres considérations : tant la nature de l'acte qui a conduit à la prison, que la dangerosité supposée de la personne... Marie-Suzanne Pierrard, juge d'application des peines au tribunal de Créteil et vice-présidente de l'Association nationale des juges d'application des peines (Anjap), explique l'esprit de cette loi : « Il s'agit une loi humanitaire d'exception, qui doit permettre d'agir en urgence – en faisant sauter les verrous qui régissent les libérations conditionnelles – afin de résoudre des situations médicales lourdes et ou des situations de fin de vie. Elle suppose que la peine n'a plus de sens lorsque les détenus sont trop malades et que c'est une question de dignité humaine que de les en libérer, le temps de leur éventuel rétablissement. »

## Triste bilan

Pourtant, la loi n'a été jusqu'ici que peu appliquée. Selon les chiffres du ministère de la Justice, 156 suspensions de peines sur les 382 demandes examinées auraient été accordées entre le 4 mars 2002 et le 30 septembre 2004. « Un nombre dérisoire, alors que décèdent dans les prisons françaises

120 personnes par an, hors cas de suicide », lit-on dans un communiqué du Pôle suspension de peine, dédié à la réflexion et à l'action sur ce thème. Pour Délou Bouvier, ancienne juge d'application des peines et représentante du Syndicat de la magistrature (lequel mène depuis longtemps un combat pour une autre justice pénale), « tout professionnel ou observateur de la réalité carcérale peut attester du fait que les 156 suspendus de peine pour raisons médicales ne constituent qu'une infime proportion des détenus gravement malades actuellement maintenus en prison. » Elle ajoute que ces chiffres ont d'autant moins de sens qu'un certain nombre de détenus qui pourraient bénéficier de la loi n'en font pas la demande et qu'il n'existe aucune enquête épidémiologique récente sur l'état des détenus. « Dans ce contexte, on peut faire dire aux chiffres tout et n'importe quoi. »

A cela vient s'ajouter le fait que la loi a principalement été appliquée dans les cas de morts imminentes. « C'est surtout le critère d'engagement du pronostic vital, et non d'incompatibilité avec les conditions de vie en détention, qui est retenu », précise Serge Lastennet, membre de la commission « prison » d'Act up. Beaucoup des détenus qui ont obtenu une suspension de peine sont d'ailleurs décédés peu après leur sortie de prison, quand cela ne s'est pas fait durant la procédure. « On est un peu dans un système de grâce présidentielle, où on ne libère que des personnes pour lesquelles le risque léthal ne fait aucun doute », commente François Bès, de l'Observatoire international des prisons (1). Une opinion partagée par le président de l'association Ban public (2), Milko Paris : « Cela ne pose de problème à personne de faire sortir des mourants. » Et puis, ça décharge les statistiques de l'administration pénitentiaire de quelques décès.

## Quelle volonté politique ?

Dès novembre 2002, le Pôle suspension de peine réunissant tout un ensemble d'acteurs concernés par la question (médecins, juges d'application des peines, avocats, associatifs, visiteurs de prison, etc.) (3) se mettait en place, à l'initiative d'Act up, dans le but de comprendre pourquoi la loi du 3 mars 2002 était « si peu appliquée et d'une manière si inégalitaire ». Depuis, les ambiguïtés et les blocages, nombreux, sont bien identifiés. Avec en première ligne la question de savoir s'il existe ou non une réelle volonté politique de mettre en œuvre la loi Kouchner.

« Comment ne pas douter, alors que le gouvernement annonce l'aménagement de 150 cellules médicalisées dans les prisons – anciennes et nouvelles – ou quand le ministère de la Justice publie une circulaire (datée du 7 mai 2003), qui introduit la possibilité de considérer, lors des procédures pour suspension de peine, le risque de trouble à l'ordre public ? », s'interroge François Bès. Bien qu'une circulaire ne s'impose pas aux juges d'application des peines mais seulement aux parquetiers, Délou Bouvier estime qu'elle influe sur les décisions : « La sociologie judiciaire montre que les magistrats sont très sensibles à l'air du temps et aux médias. Depuis la circulaire, le Pôle suspension de peine constate un durcissement dans l'application de la loi Kouchner. D'ailleurs, si cette circulaire ne devait influencer sur personne, pourquoi le ministère l'aurait-elle publiée ? » Et d'évoquer le tour de passe-passe engendré par la loi Perben II (du 9 mars 2004), qui a assorti la loi sur la suspension de peine des mêmes obligations que celles qui régissent les libérations conditionnelles : ne pas rencontrer les victimes, payer les parties civiles, demeurer à un endroit fixé par le juge... Toute infraction à ces obligations pouvant entraîner la fin de la suspension de peine, sans contrôle médical. « Ces dispositions ôtent son caractère exceptionnel à la suspension de peine et en font une mesure comme les autres. La santé cesse d'en être la clé de voûte. » Pour cette ancienne juge d'application des peines, seule une sensibilisation réelle des magistrats aux problèmes de santé en prison donnerait à davantage d'entre eux l'envie de s'y investir avec plus de justesse et permettrait de limiter leur perméabilité à la demande sécuritaire ambiante.

## Un recours mal connu

A ces résistances psychologiques et politiques, vient s'ajouter un défaut d'information sur l'existence de la loi et la manière d'y avoir recours, de la part des surveillants comme du personnel médical – qui devraient pourtant pouvoir servir de personnes relais dans la procédure. « Les détenus ont entendu parler de la libération de Papon, mais ils ne savent pas nécessairement qu'eux aussi peuvent essayer d'obtenir une suspension de peine », explique Serge Lastennet.

Pour Délou Bouvier le faible nombre de demandes tient aussi à la difficulté qu'ont certains détenus, très désinsérés socialement, à dire ce qu'ils vivent

(1) OIP : [www.oip.org](http://www.oip.org)

(2) Ban public : [www.prison.eu.org](http://www.prison.eu.org)

(3) Le Pôle suspension de peine réunit Act up-Paris, Aides Île-de-France, l'Association nationale des visiteurs de prison (ANVP), l'Association réflexion action prison et justice (Arapej) Île-de-France, la Croix Rouge française, la Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (Fnars), la Ligue des droits de l'homme, le Groupement étudiant national d'enseignement aux personnes incarcérées (Génépi), le Groupe multiprofessionnel des prisons, l'Observatoire du droit des usagers (ODU), le Secours catholique, SOS homophobie, le Syndicat des avocats de France, le Syndicat de la magistrature, l'Association nationale des juges d'application des peines (Anjap), le Groupe SOS, ainsi que de nombreux citoyens indépendants, familles de détenus, personnels sociaux, avocats, médecins, magistrats, etc.





et à appeler à l'aide, « un peu comme ces SDF qui refusent le toit provisoire qu'on leur propose ». Afin de tenter de combler malgré tout le vide informatif, l'OIP distribue gratuitement un « guide du prisonnier » dans toutes les prisons de France. De même, le Pôle suspension de peine a produit une lettre, à l'attention des détenus, leur expliquant en français, arabe, espagnol ou anglais, l'existence et le fonctionnement de la suspension de peine. Pour l'heure, néanmoins, la juge d'application des peines Marie-Suzanne Pierrard constate qu'elle est encore rarement saisie par les détenus eux-mêmes ou par leurs avocats : « Nous nous auto-saisissons sur la base d'un signalement médical. Mais cela suppose que les médecins et les personnels pénitentiaires effectuent un repérage à temps, selon des procédures bien balisées, qui ne sont malheureusement pas encore mises en place. »

(4) Communiqué du 11 mars 2003. Disponible sur : [www.cns.sante.fr](http://www.cns.sante.fr)

## Interprétations subjectives

Autre difficulté, et pas des moindres : celle des expertises. Lorsqu'il est saisi, le juge ne peut ordonner de suspension de peine que si « deux expertises médicales distinctes établissent de façon concordante » que la situation du condamné entre dans les dispositions de la loi. Or les experts manquent et ne sont pas toujours mobilisables rapidement, surtout lorsqu'ils doivent se rendre dans une prison perdue en pleine campagne... Pourquoi se déplacer pour un travail peu gratifiant et mal rémunéré ? « Il existe certes des médecins dévoués, mais ce n'est pas le cas de tous. En outre, beaucoup ne mesurent pas les enjeux de leur expertise, faute de connaître correctement le monde de la prison », constate Serge Lastennet. Comment évaluer, dans ce cas, la compatibilité ou non de l'état d'un malade avec les conditions de vie en détention ? Si les médecins s'accordent souvent sur le critère du « pronostic vital engagé », il est très fréquent qu'ils produisent des avis contradictoires ou non concordants sur l'incompatibilité de l'état des malades avec les conditions de détention. « Il faut que l'incompatibilité soit durable. Or, il s'agit là de critères difficiles à évaluer. Un médecin pourra juger l'état d'un détenu incompatible avec la prison, quand l'autre estimera qu'il est bien suffisant que le malade puisse être hospitalisé à Fresnes en cas d'aggravation de sa situation. S'il n'y a pas été sensibilisé, un expert ne peut comprendre les contraintes d'un suivi médical en milieu carcéral, avec ses transferts, ses retards dus à des problèmes d'escorte, ses temps d'attente pour réintégrer la prison après avoir reçu des soins. L'interprétation reste donc très subjective », regrette Marie-Suzanne Pierrard. Les divergences de diagnostic peuvent aboutir au rejet d'une suspension ou au retard de la procédure pour effectuer des expertises complémentaires. Certains détenus périssent en prison pendant ces délais. Dans ce contexte, une harmonisation des pratiques des experts médicaux s'impose. « Un cadre d'analyse commun apparaît indispensable pour une application égalitaire de la loi sur l'ensemble du territoire dans un domaine qui concerne directement les libertés publiques », remarquait déjà en mars 2003 le Conseil national du sida, dans un communiqué (4).



Photo : [www.pressecaul.fr](http://www.pressecaul.fr)

# Le difficile accès au traitement

Les détenus séropositifs ont accès au traitement mais des problèmes demeurent comme celui de la conservation des médicaments alors que les réfrigérateurs restent rares en prison. Lors de la dernière canicule, certains médecins conseillaient aux détenus de conserver leurs médicaments dans des sacs en plastiques et de les tremper dans les toilettes pour les mettre au frais. La question des personnes en échec thérapeutique reste également entière. L'interprétation de la loi Huriet est tronquée. Elle stipule effectivement que les personnes détenues n'ont pas accès aux essais thérapeutiques sauf s'il en est attendu un bénéfice direct pour la santé de la personne. La dernière partie de la phrase n'est jamais appliquée. Les protocoles sont souvent lourds, ils nécessitent une visite mensuelle à l'hôpital par conséquent le juge d'application des peines doit délivrer une permission de sortie et rares sont les prisons qui accepteraient de telles contraintes. ■

## Sortir, pour aller où ?

Lorsqu'en dépit de toutes ces difficultés, une décision favorable est obtenue, les juges d'application des peines se heurtent à la nécessité de trouver un

lieu d'accueil pour le malade. Et pour celui qui n'a pas de solides attaches familiales, l'enjeu est de taille. Les structures d'accueil (appartements de coordination thérapeutique, maisons de retraite médicalisées, etc.), qui manquent déjà cruellement pour la population générale, font plus défaut encore pour les détenus, qui suscitent la méfiance. « *Nous sommes parfois obligés de retarder une suspension de peine dans l'attente qu'un travailleur social parvienne à trouver un hébergement adapté* », déplore Marie-Suzanne Pierrard.

En l'absence complète de données sur les lieux existants, la tâche n'est pas facile. Au sein du Pôle suspension de peine, des associations œuvrent pour trouver des places pour les détenus. La Croix Rouge doit ainsi libérer prochainement une quarantaine de lits, l'association d'Aide aux personnes en voie de réinsertion (Aperi) a signé une convention avec le ministère de la Santé pour monter un réseau d'accueillants. Le Groupe SOS essaie de s'organiser pour dégager une vingtaine de places, spécifiques aux suspensions de peine. « *Ces gestes sont très importants, mais ils restent dérisoires au regard des besoins existants* », com-

mente Délou Bouvier. Ce déblocage de places est l'un des résultats des réflexions et rencontres qui ont lieu au sein du Pôle suspension de peine. Les professionnels qui s'y réunissent parviennent, en échangeant sur leurs pratiques, sur leurs difficultés et sur leur marge de manœuvre, à créer des synergies dans un système par ailleurs très cloisonné. Porté par cette volonté, le Pôle a obtenu, après deux ans d'attente, une rencontre avec des représentants des ministères de la Santé, de la Justice et des Affaires sociales, qui s'étaient jusqu'alors renvoyé la balle. La réunion a permis au Pôle de présenter les dysfonctionnements de la loi Kouchner et de demander que soit retirée la circulaire du 7 mai 2003 et énoncées des directives claires en direction des magistrats et de l'administration pénitentiaire. Le message est donc lancé. Il reste à savoir si notre société, et notamment ses politiques, est décidée à permettre à cette loi de s'appliquer réellement, et avec équité. Ou si elle souhaite transformer la prison en hôpital pour que celui qui a fauté purge sa peine, coûte que coûte, jusqu'à ce que mort s'en suive. ■

Laetitia Darmon

Témoignage

## « L'absence d'humanité vis-à-vis du malade est totale »

**Laurent Jacqua, incarcéré depuis 1984, a appris sa séropositivité à son arrivée en prison. Révoltes et évasions lui ont valu de nouvelles condamnations. Il n'aura effectué la totalité de sa peine qu'en 2021.**

« Théoriquement, tout prisonnier a accès aux soins. Reste à savoir comment il y accède. Le temps d'attente est long, pour obtenir un rendez-vous avec des médecins qu'on ne choisit pas. S'ils ne nous mettent pas en confiance, on ne peut rien y faire. Toutes les opérations et auscultations à l'hôpital, on les subit menottes dans le dos et chaînes aux pieds, en présence du personnel pénitentiaire et des gendarmes. Le secret médical n'existe pas pour nous et nos droits fondamentaux sont niés par une logique répressive jusqu'à l'indécence. Mais le plus dur, quand on est malade, reste l'enfermement en cellule, dans un environnement difficile. La dépression guette chacun d'entre nous et elle amenuise nos défenses immunitaires. J'en connais qui en sont morts. Les conséquences psychologiques des quartiers d'isolement sont encore pires : on y vit coupé de toute communication, avec une cour de six mètres carrés pour la promenade... C'est un lieu de torture. Or, comment pourrait-on à la fois torturer et soigner ? En 1996, j'ai attrapé une pneumocystose aiguë alors que je me trouvais en quartier d'isolement. Je frôlais la mort quand un surveillant s'est rendu compte que je n'allais pas très bien... J'ai été pris en charge cinq jours à l'hôpital et on m'a renvoyé en quartier d'isolement, avec l'accord du médecin de la prison : la majorité des médecins sont à la botte de l'administration pénitentiaire. L'absence d'humanité est totale, en milieu carcéral. Il ne faut surtout pas y être malade.

J'ai récemment fait une demande de suspension de peine, qui m'a été refusée, parce que je vais bien en ce moment : mon sida s'est stabilisé. Mais jusqu'à quand ? On attend que je sois sur mon lit de mort pour me faire sortir, et encore... si l'on m'en sort à temps. Tout ministre qui aurait un fils atteint d'une grave maladie en prison ne supporterait pas l'idée qu'on le laisse en arriver à un état de déchéance ; il demanderait son placement en résidence surveillée. Mais les ministres ne se posent pas ces questions. Soucieux de ne pas effrayer les foules, ils brandissent des projets d'hôpitaux-prisons au nom des droits de l'homme, sans comprendre que la prison ne sera jamais un hôpital. Ce faisant, c'est la peine de mort qu'ils nous proposent. » ■

Propos recueillis par L. D.